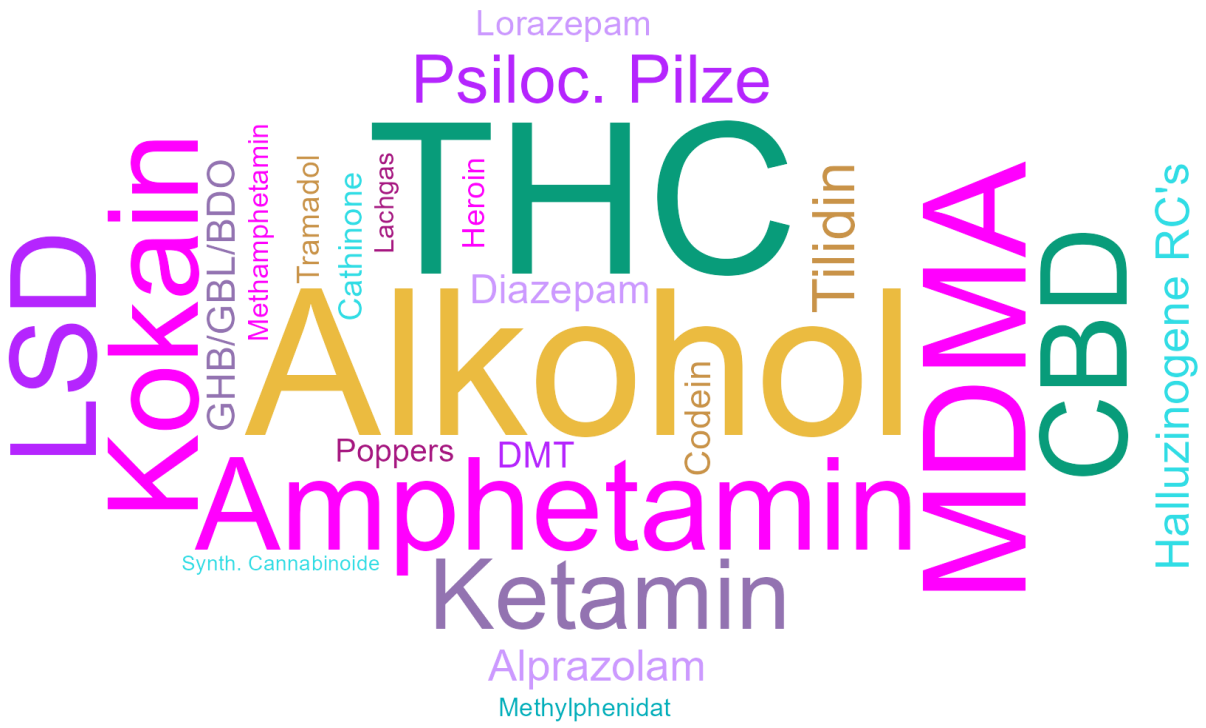
NEWS: Substanzkonsum in deutschen Partyszenen 2022

Konsummuster, Mischkonsum, Alters-, Geschlechts- und regionale Unterschiede. Daten aus dem National Early Warning System 2022



Heiko Bergmann, Regina Kühnl, Magdalena Janz, Franziska Mathäus & Esther Neumeier

Gefördert durch:
Bundesministerium für Gesundheit
aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages

INHALT

1 EINFÜHRUNG 3

2 BESCHREIBUNG DER STICHPROBEN 4

3 KONSUM PSYCHOAKTIVER SUBSTANZEN 5

3.1 Substanzkonsum im letzten Jahr: Gesamtstichprobe 6

3.2 Substanzkonsum im letzten Jahr: Geschlechtsunterschiede 9

3.3 Substanzkonsum im letzten Jahr: Altersunterschiede 10

3.4 Substanzkonsum im letzten Jahr: Regionale Unterschiede 12

4 FOKUS: SUBSTANZKONSUM BEI JÜNGEREN 14

4.1 Substanzkonsum bei Jüngeren: Geschlechtsunterschiede 14

4.2 Substanzkonsum bei Jüngeren: 30-Tages-Prävalenz 15

4.3 Substanzkonsum bei Jüngeren: Konsumfrequenzen 16

5 ANGABEN ZU DEN BEZUGSQUELLEN 18

6 MISCHKONSUM 19

7 DISKUSSION 21

8 TABELLENSVERZEICHNIS 25

9 ABBILDUNGSVERZEICHIS 25

10 ANHANG: TABELLEN UND ABBILDUNGEN 26

11 LITERATURVERZEICHNIS 31

1 EINFÜHRUNG

Im Jahr 2022 haben wir insgesamt vier Quartals-Updates mit vielen Zahlen, Daten und Fakten zu unseren Datenerhebungen im NEWS-Projekt (für **N**ational **E**arly **W**arning **S**ystem), dem bundesweiten Frühwarnsystem zu Neuentwicklungen im Bereich psychoaktiver Substanzen und Medikamentenmissbrauch, veröffentlicht. Neben den aus Online-Befragungen unter Expert*innen und Konsumierenden gewonnenen Erkenntnissen zu neuen Entwicklungen und Substanzkonsum haben wir darin regelmäßig Informationen aus Online-Foren und unseren Substanzprobenanalysen zusammengetragen sowie über sonstige NEWS-relevante Geschehnisse berichtet.

In diesem Bericht fassen wir die Daten aus den Online-Erhebungen unter Konsumierenden aus vier Quartalen zusammen, erhalten so eine größere Datenbasis und können Analysen zu detaillierteren Fragen durchführen: Welche Unterschiede gibt es zwischen den Geschlechtern und zwischen unterschiedlichen Altersgruppen? Gibt es regionale Konsumunterschiede? Welche Konsummuster weisen insbesondere Jugendliche und junge Erwachsene auf? Erstmals veröffentlichen wir hier zudem Informationen zum Mischkonsum.

HIGHLIGHTS IN DIESEM BERICHT

Erstmals **Veröffentlichung von Ergebnissen zu Geschlechts-, Alters- und regionalen Unterschieden** beim Substanzkonsum.

Fokus auf den **Substanzkonsum bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen**.

Erstmalige Veröffentlichung von Ergebnissen zum **Mischkonsum psychoaktiver Substanzen**.

Die Daten, die in den Bericht einfließen, basieren auf folgenden Befragungen, zu denen wir alle Interessierte weiterhin herzlich einladen möchten!

Befragung, die sich an Expert*innen, z. B. aus dem Bereich der Drogen-/Suchthilfe, Strafverfolgung/-vollzug, richtet: experten.news-umfrage.de

Befragung, die sich an Konsumierende richtet: news-umfrage.de

Wenn Sie uns bei der Bewerbung des Online-Fragebogens für Konsumierende unterstützen möchten und dafür gerne entsprechendes Material hätten (d.h. Poster und/oder Sticker), freuen wir uns über eine kurze Nachricht an: news-projekt@ift.de.

Sämtliche NEWS-Veröffentlichungen sowie weiterführende Informationen zum Projekt finden Sie immer aktuell hier:

https://mindzone.info/news/

2 BESCHREIBUNG DER STICHPROBEN

Insgesamt machten in unseren Konsumierendenbefragungen im Zeitraum vom 30.11.2021 bis 30.11.2022 *n* = 723 Konsumierende Angaben zum Substanzkonsum. 35,0 % hiervon waren weiblich, 60,9 % männlich und 1,8 % divers (2,4 % machten keine Angabe zum Geschlecht). Das Alter der Teilnehmenden lag zwischen 16 und 79 Jahren, das Medianalter betrug 26 Jahre (das arithmetische Mittel lag bei 29,7 Jahren, die Standardabweichung betrug 11,0 Jahre). Tabelle 1 zeigt die Angaben zur Stichprobengröße, zur Geschlechtsverteilung sowie zu gebildeten Altersgruppen.

	N	in %
Insgesamt	723	
Geschlecht		
weiblich	253	35,0 %
männlich	440	60,9 %
divers	13	1,8 %
keine Angabe	17	2,4 %
Altersgruppen		
16-17 Jahre	35	4,8 %
18-24 Jahre	264	36,5 %
24-39 Jahre	303	41,9 %
40-59 Jahre	103	14,2 %
60+ Jahre	17	2,4 %

Tabelle 1 Anzahl der Teilnehmenden nach Geschlecht und Altersgruppen.

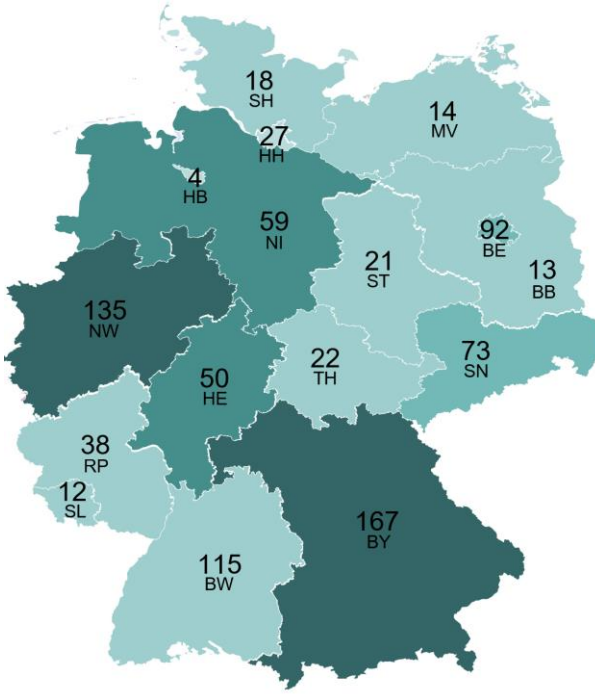


Abbildung 1 Anzahl der Teilnehmenden nach Bundesland.

Darüber hinaus wurden die Konsumierenden in den vier Quartalserhebungen zu ihrem Wohnsitz bzw. gewöhnlichen Aufenthalt befragt und über welchen Weg sie für die jeweilige Erhebung rekrutiert wurden. Abbildung 1 zeigt die über die vier Quartale aufsummierte Anzahl der Konsumierenden je Bundesland.

In Bezug auf die Rekrutierung der Konsumierenden ergeben sich über die Quartalserhebungen hinweg nur geringe Schwankungen. So gaben zwischen 71,9 % (Q4) und 79,9 % (Q1) der Konsumierenden an, über ein Party-/Peer-Präventionsprojekt rekrutiert worden zu sein, während der Anteil derer, die über Suchthilfeeinrichtungen rekrutiert wurden, sich quartalsübergreifend im einstelligen Prozentbereich bewegte. Zwischen 11,9 % (Q4) und 19,8 % (Q2) gaben schließlich an, über sonstige Wege zum Fragebogen gelangt zu sein, etwa über Bekannte oder Social Media. Aufgrund der Dominanz der Rekrutierung über Party-/Peer-Präventionsprojekte wird im Weiteren darauf verzichtet, die Daten separat nach dem Rekrutierungsweg

auszuwerten. Es kann davon ausgegangen werden, dass sich die Stichprobe größtenteils aus Partygänger*innen zusammensetzt.

Wie Tabelle 2 veranschaulicht, sind die Stichproben, die in den vier Quartalserhebungen befragt wurden, im Hinblick auf Geschlechts- und Altersverteilung weitgehend vergleichbar. Im Schnitt waren die Teilnehmenden im ersten Quartal etwas älter (Median = 28 Jahre) und im zweiten Quartal etwas jünger (Median = 24 Jahre) als in der Gesamtstichprobe (Median = 26 Jahre), die Unterschiede sind jedoch eher gering und nicht statistisch signifikant[1]. Es nahmen zudem stets deutlich mehr Männer als Frauen an allen vier Befragungen teil, der Unterschied zwischen dem Männer- und Frauenanteil blieb jedoch über die Quartale weitgehend konstant.

Tabelle 2 Beschreibung der Stichproben pro Quartal.

	1. Quartal	**2. Quartal**	**3. Quartal**	**4. Quartal**
Stichprobengröße (*N*)	355	238	180	135
Alter (Median)	28	24	25	26
Geschlecht				
weiblich	36,1 %	38,2 %	32,2 %	37,0 %
männlich	58,6 %	56,3 %	62,8 %	59,3 %
divers / keine Angabe	5,3 %	5,5 %	5,0 %	3,7 %

Hinsichtlich des Wohnsitzes zeigen sich über die vier Quartale hinweg zwar ebenfalls Schwankungen, im Großen und Ganzen aber kann quartalsübergreifend von einer weitgehend ähnlichen geographischen Verteilung ausgegangen werden.

3 SUBTANZKONSUM IN DER GESAMTSTICHPROBE

In den vier Erhebungen wurden die Teilnehmenden nach dem Konsum einzelner Substanzen in den letzten 30 Tagen sowie in den letzten zwölf Monaten gefragt. Die im Weiteren verwendeten Begriffe „30-Tages-“ bzw. „12-Monats-Prävalenz“ geben jeweils den Prozentsatz der Antwortenden an, die in dem entsprechenden Zeitraum mindestens einmal die jeweilige Substanz konsumiert haben.

Die Analysen für Teilgruppen (z. B. verschiedene Altersgruppen) basieren auf den höheren und stabileren 12-Monats-Prävalenzen, die quartalsübergreifend zusammengefasst werden (n = 723). Die 30-Tages-Prävalenzen sind für zahlreiche Substanzen gering, wodurch vertiefte Analysen kaum möglich sind. Die quartalsübergreifend zusammengefassten 30-Tage-Prävalenzen können Tabelle 7 im Anhang entnommen werden.

[1] Getestet mittels einer Varianzanalyse mit Quartal als unabhängige und Alter als abhängige Variable (p = 0,72).

12-Monats-Prävalenzen pro Quartal. Die Ergebnisse der 12-Monats-Prävalenzen pro Quartal finden sich im Anhang in Abbildung 11 sowie Tabelle 6. Die Schwankungen zwischen den einzelnen Quartalserhebungen fallen insgesamt gering aus. Auffällig sind lediglich manche Ergebnisse im zweiten Quartal, in dem einige Stimulanzien niedrigere 12-Monats-Prävalenzen aufweisen als in den anderen Quartalen (MDMA, Amphetamin, Kokain; zwischen 3,5 und 14,8 Prozentpunkte niedriger). Gleichzeitig liegen die Prävalenzen der opioidhaltigen Medikamente sowie der Benzodiazepine in dieser zweiten Quartalserhebung höher als in den anderen Quartalen (5,9 und 11,3 Prozentpunkte höher für opioidhaltige Medikamente; 10,8 und 14,0 Prozentpunkte höher für Benzodiazepine).

In Bezug auf neue psychoaktive Stoffe (NPS), unter denen insbesondere halluzinogene Research Chemicals sowie Cathinone angegeben wurden, erscheint augenfällig, dass im ersten und dritten Quartal um etwa zehn Prozentpunkte niedrigere 12-Monats-Prävalenzen berichtet wurden als im zweiten und vierten Quartal. Dieses Muster spiegelt sich auch in den 30-Tages-Prävalenzen wider.

Abgesehen von diesen Schwankungen ist eine weitgehende Stabilität der 12-Monats-Prävalenzen über die zwölf Monate zu verzeichnen. Da die Stichproben der einzelnen Quartale sich auch hinsichtlich Geschlechts- und Altersverteilung nicht signifikant unterscheiden, werden im Folgenden die vier Quartalserhebungen stets zusammengefasst, wenn die Angaben zum Substanzkonsum getrennt nach Geschlecht, Altersgruppe und Region ausgewertet werden.

3.1 Substanzkonsum im letzten Jahr

Die Auswertung der 12-Monats-Prävalenzen über die vier Quartalserhebungen hinweg spiegelt im Großen und Ganzen die Ergebnisse der einzelnen Quartale, wie sie in den vier Quartals-Updates beschrieben wurden (siehe Abbildung 2). Über 80 % der Befragten berichteten, in den vergangenen zwölf Monaten mindestens einmal Alkohol konsumiert zu haben; knapp 70 % gaben den mindestens einmaligen Gebrauch von THC-haltigen Cannabis-Produkten an und jeweils knapp über 50 % berichteten, in den vergangenen zwölf Monaten mindestens einmal Amphetamin oder MDMA konsumiert zu haben. Hiernach folgen Kokain (40,4 %) sowie LSD (32,2 %) und Ketamin (30,4 %).

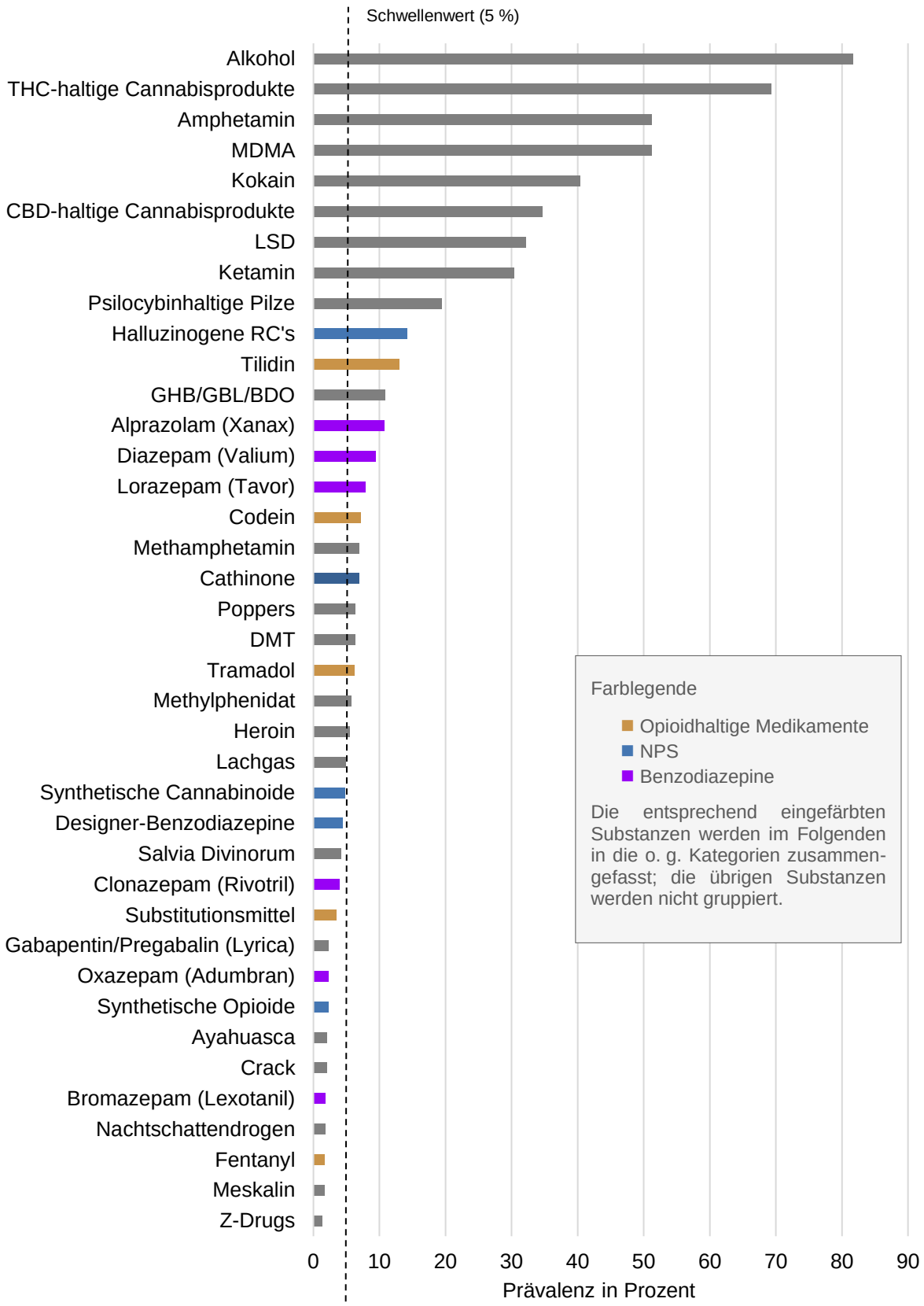


Abbildung 2 Quartalsübergreifende 12-Monats-Prävalenz des Konsums psychoaktiver Substanzen.

Aufgrund der besseren Analysierbarkeit und der praktischen Bedeutsamkeit häufiger vorkommender Substanzen fokussieren wir im weiteren Verlauf des Berichts auf einzelne Substanzen mit einer 12-Monats-Prävalenz von mindestens 5 % (die 5 %-Grenze ist in der Abbildung als senkrechte gestrichelte Linie erkennbar) sowie ausgewählte Substanzklassen. Wie in Abbildung 2 dargestellt, erreichten insgesamt 24 der abgefragten Substanzen den Schwellenwert von fünf Prozent. In den weiteren Analysen werden die in Abbildung 2 farblich markierten Benzodiazepine, opioidhaltigen Medikamente sowie Substanzen, die den NPS zugerechnet werden, zudem nicht mehr als Einzelsubstanzen, sondern jeweils anhand dieser drei Substanzklassen ausgewertet. Unter Benzodiazepine werden dabei Alprazolam, Diazepam, Lorazepam, Clonazepam, Bromazepam und Oxazepam sowie diejenigen Benzodiazepine gefasst, die die Befragten in freien Textfeldern angegeben haben. Die Kategorie „opioidhaltige Medikamente“ umfasst Tilidin, Codein, Tramadol, Fentanyl, Substitutionsmittel sowie opioidhaltige Medikamente, die in freien Textfeldern angegeben wurden. Unter NPS fallen synthetische Cannabinoide, Cathinone, synthetische bzw. „neue“ Opioide, halluzinogene Research Chemicals sowie NPS, die die Befragten in freien Textfeldern angeführt haben. Darüber hinaus werden aufgrund des Schwellenwertes von 5 % alle Substanzen, die in Abbildung 2 unterhalb von Lachgas stehen, aus den weiteren Analysen ausgeschlossen. Schließlich konzentrieren wir uns bei Cannabis ausschließlich auf die psychoaktiv wirkenden THC-haltigen Cannabisprodukte und entfernen daher CBD-haltige Cannabisprodukte aus den weiteren Auswertungen. Damit verbleiben die in Abbildung 3 aufgeführten Substanzen und Substanzklassen.

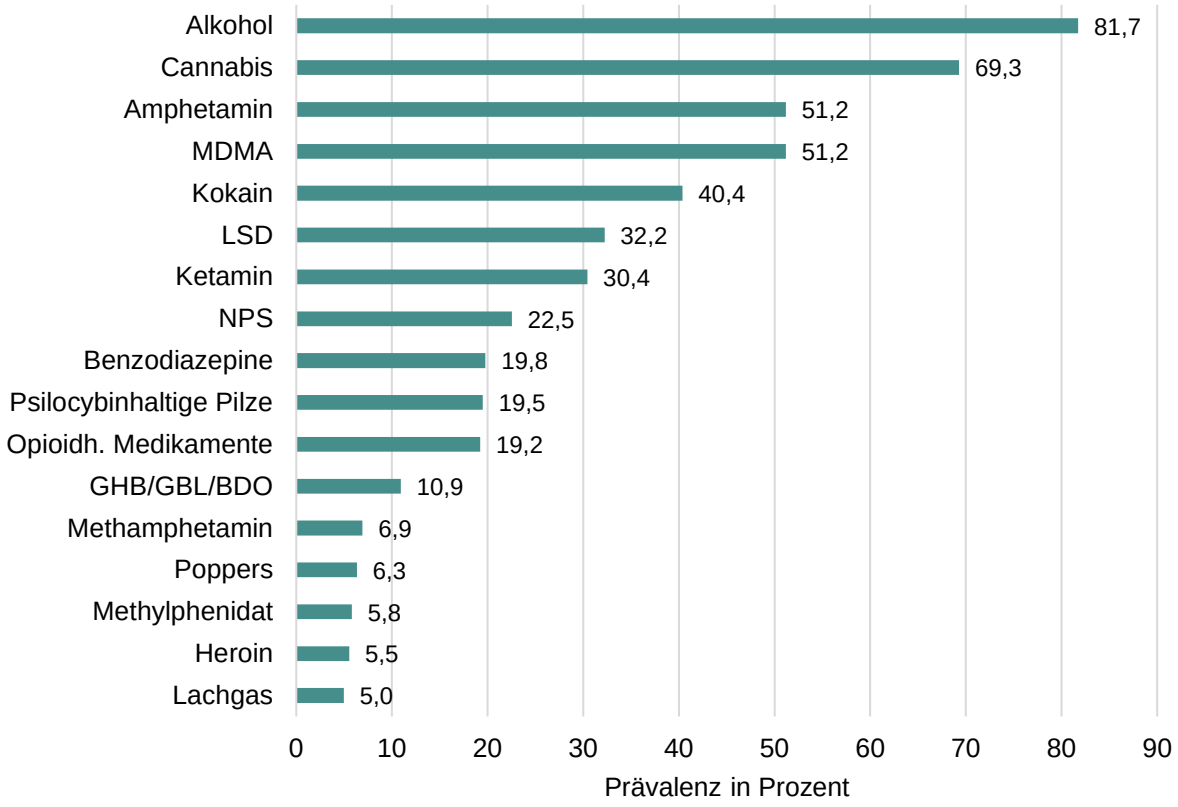


Abbildung 3 Quartalsübergreifende 12-Monats-Prävalenzen der Substanzen, die über dem 5 %-Schwellenwert liegen, sowie der drei gebildeten Substanzklassen NPS, Benzodiazepine und opioidhaltige Medikamente.

3.2 Substanzkonsum im letzten Jahr: Geschlechtsunterschiede

In den 12-Monats-Prävalenzen der o. g. Substanzen bzw. Substanzklassen zeigen sich bei einer Betrachtung separat für Frauen (*n* = 253) und Männer (*n* = 440) nur wenige statistisch signifikante Unterschiede (Abbildung 4). Teilnehmende, die keine Angaben zum Substanzkonsum gemacht haben, sowie Teilnehmende, die als Geschlecht „divers“ angaben, werden aufgrund der sehr kleinen Stichprobenumfänge aus dem Vergleich ausgeschlossen.

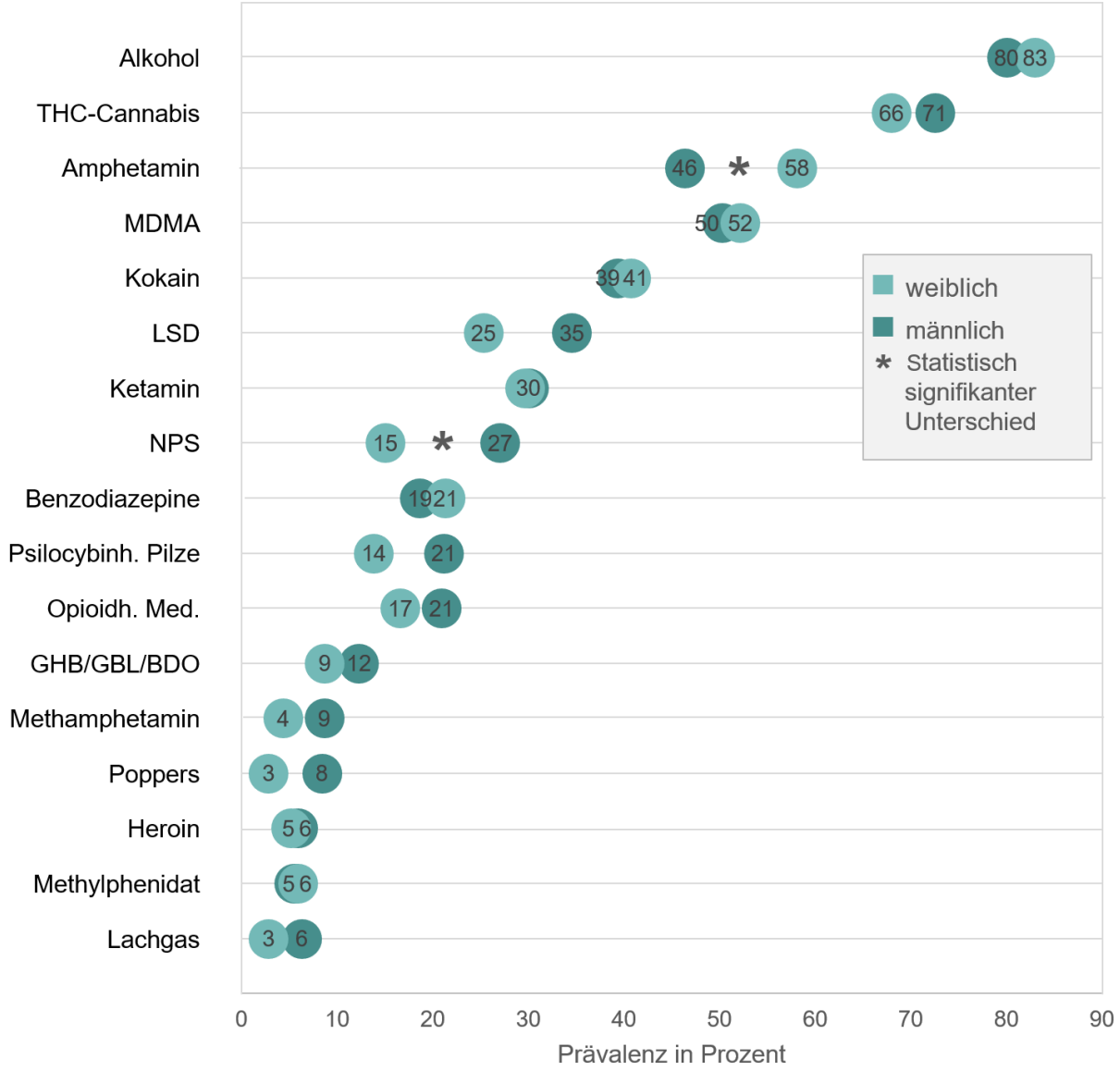


Abbildung 4 12-Monats-Prävalenzen aufgeteilt nach Geschlecht.[2]

[2] Die * in der Grafik zeigen statistisch signifikante Unterschiede ($p < 0{,}01$) zwischen den zwei Geschlechtern an. Bei den Testungen auf statistische Signifikanz wurden für alle 17 Substanzen bzw. Substanzklassen Chi-Quadrat-Tests mit Geschlecht als unabhängiger Variable und „Konsum“ (ja / nein) als abhängiger Variable berechnet. Um die Fehler-Kumulierung zu reduzieren, wurde das Signifikanzniveau auf $p = 0{,}01$ abgesenkt.

Es sind zwei statistisch signifikante Unterschiede zu verzeichnen: Bei Amphetaminen zeigt sich eine um knapp zwölf Prozentpunkte höhere Prävalenz bei Frauen (58,1 %) im Vergleich zu Männern (46,4 %), wohingegen sich bei NPS ein gegenteiliger Effekt abbildet und Männer (27,1 %) eine um ca. zwölf Prozentpunkte höhere Prävalenz aufweisen als Frauen (15,0 %).

3.3 Substanzkonsum im letzten Jahr: Altersunterschiede

Um Vergleiche mit der Allgemeinbevölkerung zu ermöglichen, wurde das Alter in Jahren analog zu den Erhebungen des Epidemiologischen Suchtsurvey (ESA) in fünf Altersklassen unterteilt: 16-17 (n = 35), 18-24 (n = 264), 25-39 (n = 303), 40-59 (n = 103) sowie 60 Jahre und älter (n = 17). Da in der höchsten Alterskategorie nur sehr wenige Teilnehmer*innen rekrutiert wurden, wird diese Gruppe aus den weiteren Analysen ausgeschlossen. Die 12-Monats-Prävalenzen nach Altersgruppen finden sich in Abbildung 5.

Die stärksten altersspezifischen (und statistisch signifikanten) Unterschiede weist die Klasse der Medikamente auf: So gaben 22,9 % der 16- bis 17-Jährigen an, in den vergangenen zwölf Monaten mindestens einmal Methylphenidat konsumiert zu haben; dieser Anteil ist beinahe dreimal höher als bei den 18- bis 24-Jährigen (8,3 %). Bei den 25- bis 39-Jährigen (3,6 %) sowie den 40- bis 59-Jährigen (1,0 %) ist der Anteil nochmals deutlich niedriger. Auch die Benzodiazepine sowie opioidhaltige Medikamente werden in den beiden jüngsten Altersgruppen deutlich häufiger konsumiert als bei den beiden älteren Altersklassen. Ketamin weist hingegen bei den 18- bis 24-Jährigen sowie den 25- bis 39-Jährigen die höchsten Prävalenzwerte auf; NPS haben bei den 18- bis 24-Jährigen eine höhere Prävalenz (34,1 %), während die anderen drei Altersklassen eine Prävalenz von 20 % (16- bis 17 Jährige) oder darunter aufweisen.

Schließlich ist bei allen Altersklassen der Substanzkonsum von Alkohol und Cannabis am höchsten, wobei eine Abnahme des Konsums dieser beiden Substanzen von Altersklasse zu Altersklasse sichtbar wird.

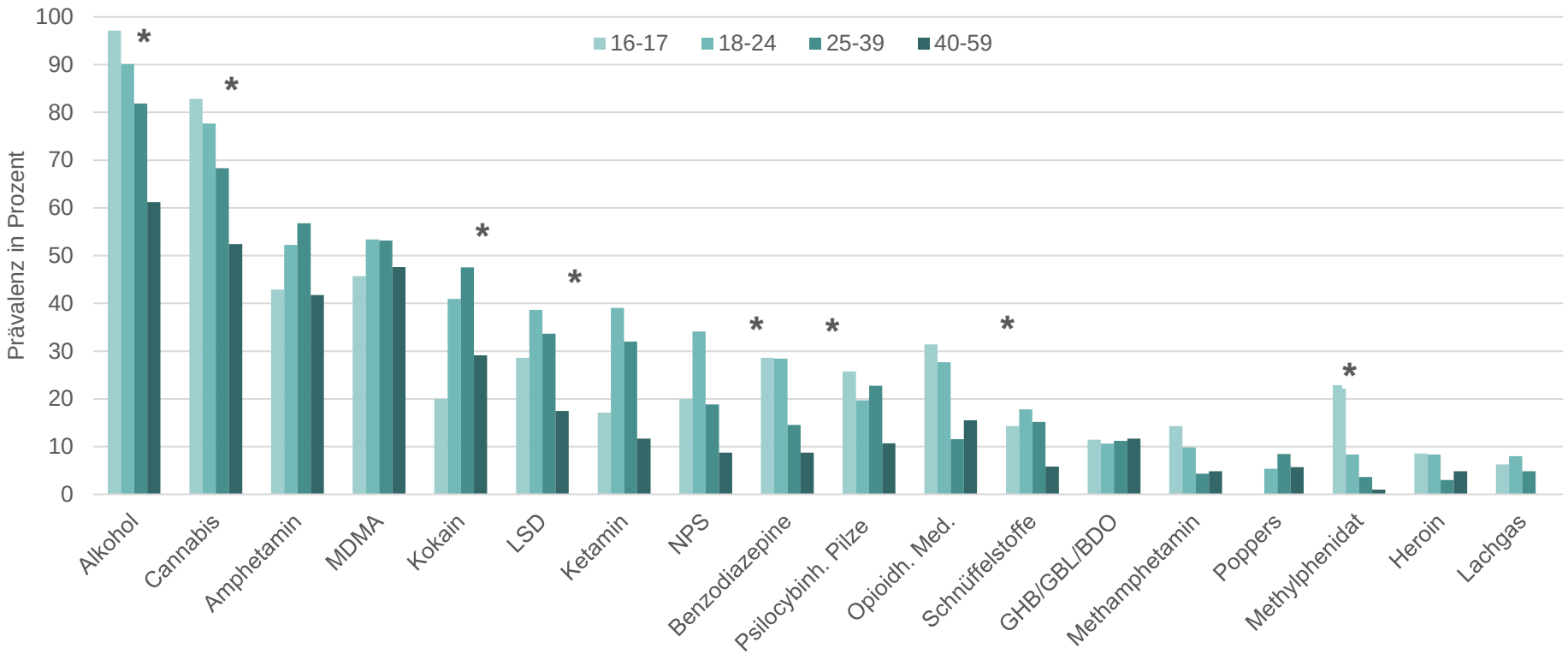


Abbildung 5 12-Monats-Prävalenzen aufgeteilt nach Altersklassen.[3]

[3] Die * zeigen statistisch signifikante Unterschiede ($p < 0{,}01$) zwischen den vier Altersklssen an. Bei den Testungen auf statistische Signifikanz wurden für alle 17 Substanzen bzw. Substanzklassen Chi-Quadrat-Tests mit Altersgruppe als unabhängiger Variable und „Konsum“ (ja / nein) als abhängiger Variable berechnet. Um die Fehler-Kumulierung zu reduzieren, wurde das Signifikanzniveau auf $p = 0{,}01$ abgesenkt.

3.4 Substanzkonsum im letzten Jahr: Regionale Unterschiede

Die Angaben zum Wohnsitz (nach Bundesland) wurden in vier Kategorien unterteilt (siehe Abbildung 6): Nord (*n* = 101; bestehend aus Schleswig-Holstein, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Bremen und Niedersachsen), Ost (*n* = 183; Brandenburg, Berlin, Sachsen-Anhalt, Thüringen und Sachsen), Süd (*n* = 222; Bayern und Baden-Württemberg) und West (*n* = 177; Nordrhein-Westfalen, Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland). Da in der Kategorie „Wohnsitz außerhalb Deutschlands“ nur wenige User rekrutiert wurden (*n* = 26), wird auf weitere Analysen dieser Gruppe verzichtet. Die 12-Monats-Prävalenzen der vier Regionen finden sich in Abbildung 7. Es ergeben sich kaum signifkante Unterschiede in der 12-Monat-Prävalenz. Lediglich für Ketamin und GHB/GBL/BDO zeigt sich sich ein statistisch signifikant erhöhter Konsum im Osten Deutschlands.

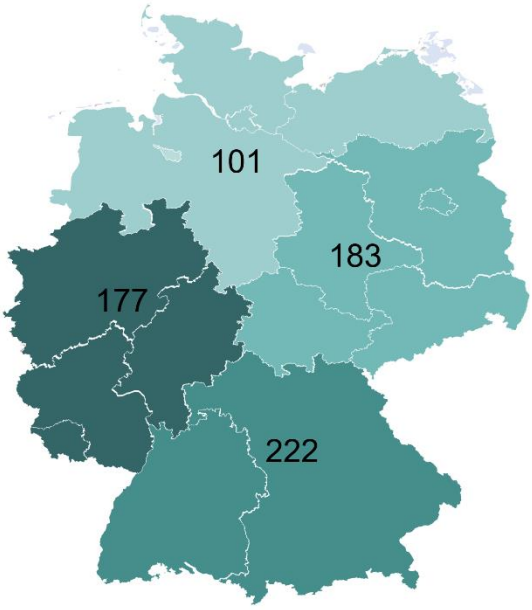


Abbildung 6 Anzahl Teilnehmende pro Region.

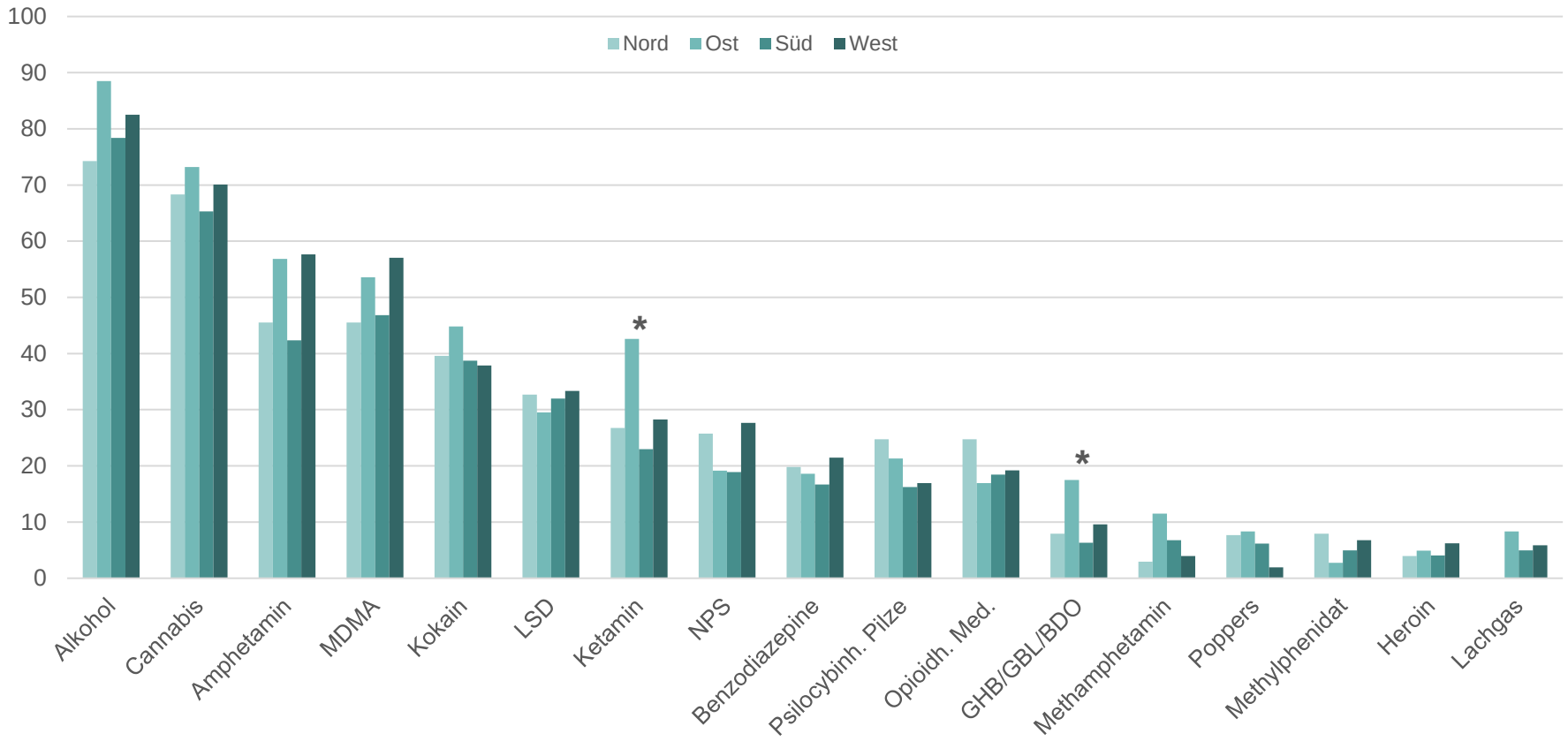


Abbildung 7 12-Monats-Prävalenzen aufgeteilt nach den Regionen Nord, Ost, Süd und West.[4]

[4] Die * deuten statistisch signifikante Unterschiede ($p < 0{,}01$) zwischen den vier Regionen an. Bei den Testungen auf statistische Signifikanz wurden für alle 17 Substanzen bzw. Substanzklassen Chi-Quadrat-Tests mit Region als unabhängiger Variable und „Konsum“ (ja / nein) als abhängiger Variable berechnet. Um die Fehler-Kumulierung zu reduzieren, wurde das Signifikanzniveau auf $p = 0{,}01$ abgesenkt.

4 FOKUS: SUBSTANZKONSUM BEI JÜNGEREN

Jugendliche (16- bis 17-Jährige) und junge Erwachsene (18- bis 24-Jährige) machen mit *n* = 299 teilnehmenden Personen nicht nur einen erheblichen Teil der vorliegenden Stichprobe aus, sie weisen hier auch hohe Konsumprävalenzen auf (s. o.). Aufgrund ihrer besonderen Vulnerabilitäten stehen sie häufig im Fokus von Präventionsmaßnahmen. Daher beleuchten wir den Konsum der Altersgruppe der 16- bis 24-Jährigen unserer „Party-Stichprobe“ im Folgenden genauer, indem wir Geschlechtsunterschiede innerhalb dieser Gruppe, die 30-Tages-Prävalenz des Substanzkonsums sowie Konsumfrequenzen betrachten.

4.1 Substanzkonsum bei Jüngeren: Geschlechtsunterschiede

Getrennt nach Männern (*n* = 180) und Frauen (*n* = 103) analysiert[5], ergibt sich für die 12-Monats-Prävalenz der 16- bis 24-Jährigen das in Abbildung 8 dargestellte Bild.

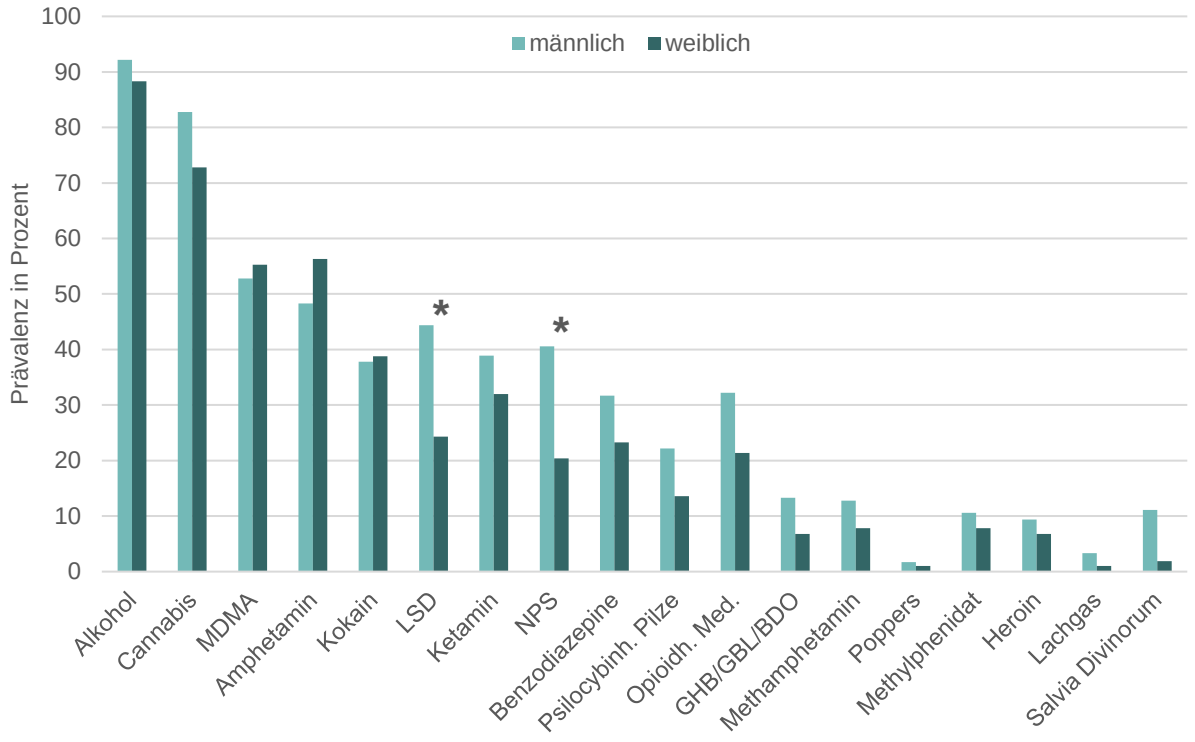


Abbildung 8 12-Monats-Prävalenzen der Jüngeren.[6]

[5] Die übrigen 16 Teilnehmenden, die entweder keine Angaben zum Geschlecht machen wollten oder als Geschlecht „divers“ angaben werden hier auf Grund der niedrigen Fallzahlen außer Betracht gelassen.

[6] Die * zeigen statistisch signifikante Unterschiede ($p < 0{,}01$) an. Bei den Testungen auf statistische Signifikanz wurden für alle 18 Substanzen bzw. Substanzklassen Chi-Quadrat-Tests mit Geschlecht als unabhängiger Variable und „Konsum“ (ja / nein) als abhängiger Variable berechnet. Um die Fehler-Kumulierung zu reduzieren, wurde das Signifikanzniveau auf $p = 0{,}01$ abgesenkt.

Abweichend von den bisherigen Auswertungen wurde hier noch Salvia Divinorum einbezogen, da diese Substanz unter den 16- bis 24-Jährigen eine Prävalenz von 7,8 % aufweist und damit über dem 5 %-Schwellenwert liegt.

Die Abbildung 8 zeigt, dass auch bei Jüngeren Alkohol und Cannabis von beiden Geschlechtern am häufigsten konsumiert werden, gefolgt von den Stimulanzien MDMA, Amphetamin und Kokain. Diese drei Substanzen sind zudem die einzigen, die etwas häufiger von den jungen Frauen als jungen Männern konsumiert werden. Ansonsten zeigen sich durchgehend höhere Konsumprävalenzen bei den jungen Männern. Dies ist statistisch signifikant bei LSD (44,4 % zu 24,3 %) und NPS (40,6 % zu 20,4 %), wo sich jeweils ein fast doppelt so hoher Konsum bei Männern im Vergleich zu Frauen zeigt. Geringer ausgeprägt und statistisch nicht signifikant ist der Unterschied bei Ketamin sowie Opioiden und Benzodiazepinen. Die zusätzlich einbezogene Substanz Salvia Divinorum wurde hingegen fast ausschließlich von den jungen Männern angegeben (11,1 % zu 1,9 %).

4.2 Substanzkonsum bei Jüngeren: 30-Tages-Prävalenz

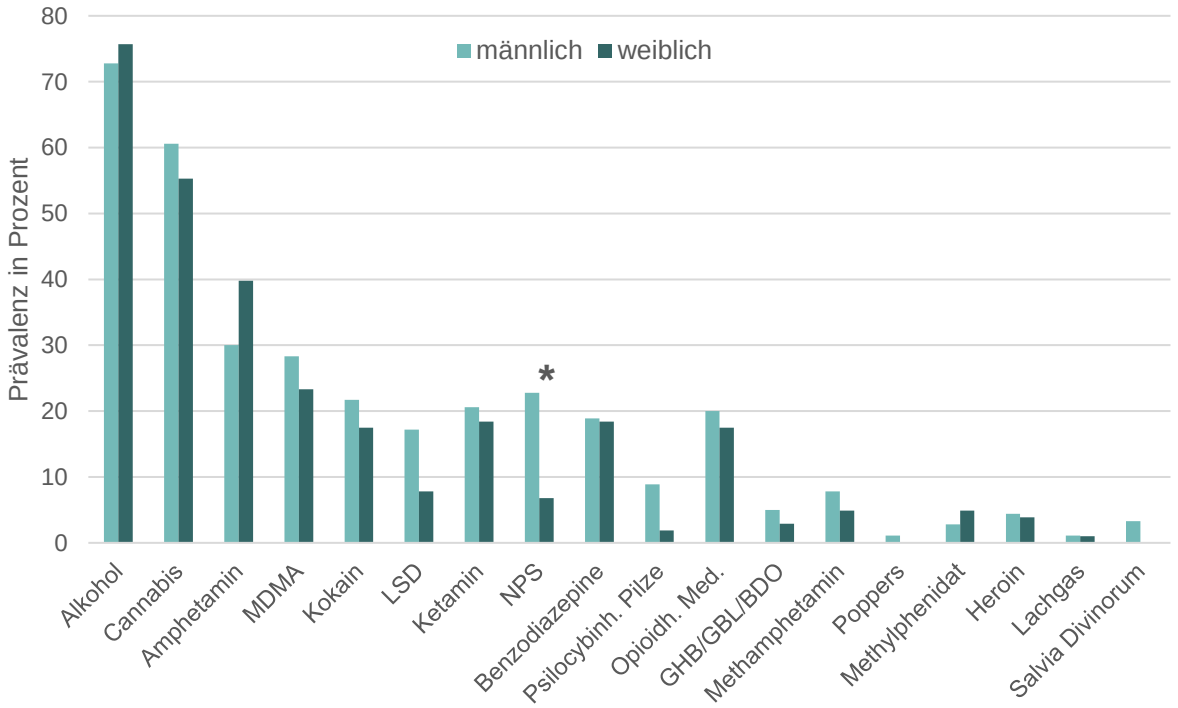


Abbildung 9 30-Tages-Prävalenzen der Jüngeren.[7]

[7] Die * zeigen statistisch signifikante Unterschiede ($p < 0{,}01$) an. Bei den Testungen auf statistische Signifikanz wurden für alle 18 Substanzen bzw. Substanzklassen Chi-Quadrat-Tests mit Geschlecht als unabhängiger Variable und „Konsum“ (ja / nein) als abhängiger Variable berechnet. Um die Fehler-Kumulierung zu reduzieren, wurde das Signifikanzniveau auf $p = 0{,}01$ abgesenkt.

Die 30-Tage-Prävalenzen fallen naturgemäß etwas geringer aus als die 12-Monats-Prävalenzen, sprechen aber aufgrund der nach wie vor hohen Werte für eine aktiv konsumierende Stichprobe. Auch hier sind nach Alkohol und Cannabis Stimulanzien die am häufigsten eingenommenen Substanzen, aber auch die Werte für Ketamin, LSD, Benzodiazepine und Opioide liegen zwischen 10 % und 20 %.

In den 30-Tages-Prävalenzen sind die Geschlechterunterschiede insgesamt weniger ausgeprägt, wobei NPS hier die Ausnahme bilden; dreimal so viele junge Männer wie junge Frauen gaben den Konsum von NPS in den letzten 30 Tagen an (22,8 % zu 6,8 %, statistisch signifikant).

4.3 Substanzkonsum bei Jüngeren: Konsumfrequenzen

Konsumierende, die einen Konsum in den letzten 30 Tagen angaben, wurden zudem nach der Konsumfrequenz gefragt. Hier konnte zwischen den Antwortmöglichkeiten „(fast) täglich“, „3- bis 5-mal pro Woche“, „1- bis 2-mal pro Woche“ und „1- bis 3-mal pro Monat“ ausgewählt werden. Da hier konkret nach Einzelsubstanzen gefragt wurde, kann hier nicht nach nachträglich erstellten Substanzklassen (Benzodiazepine etc.) ausgewertet werden. Die Konsumfrequenzen der zehn Substanzen mit der höchsten 12-Monats-Prävalenz in der Altersklasse der 16- bis 24-Jährigen ist in Abbildung 10 dargestellt.

In den Altersgruppen der 16- bis 17-Jährigen sowie der 18- bis 24-Jährigen lagen die 12-Monats-Prävalenzen bei Alkohol und Cannabis höher als in den anderen Gruppen. Dies spiegelt sich auch in den Konsumfrequenzen wider, wo knapp 20 % unter den Jugendlichen und jungen Erwachsenen den (fast) täglichen Konsum von Cannabis und 4,3 % von Alkohol angaben[8]. Weitere 10,0 % bzw. 12,4 % konsumieren demnach 3–5-mal pro Woche Cannabis bzw. Alkohol. Auch der Anteil derer, die (fast) täglich Amphetamin konsumieren liegt mit ebenfalls 4,3 % auf einem sehr hohen Niveau; hinzu kommen weitere 6,7 %, die 3–5-mal pro Woche den Konsum von Amphetamin angaben. Den (fast) täglichen bzw. mehrmals wöchentlichen Konsum von Kokain gaben insgesamt 5,0 % der Befragten an. Schließlich erscheint auch der Gebrauch von Tilidin mit 1,0 % (fast) täglich und weiteren 1,0% 3–5-mal pro Woche hoch. Bei den übrigen Substanzen liegt der Anteil 16- bis 24-Jährigen, die einen (fast) täglichen Konsum bzw. einen Konsum von 3–5-mal pro Woche berichteten, beinahe durchgehend bei 1,0 % oder darunter.

[8] Bei den 25- bis 59-Jährigen liegt der (fast) tägliche Konsum von Alkohol mit 8,2 % bzw. von Cannabis mit 40,0 % höher (nicht in Abbildung 10 dargestellt).

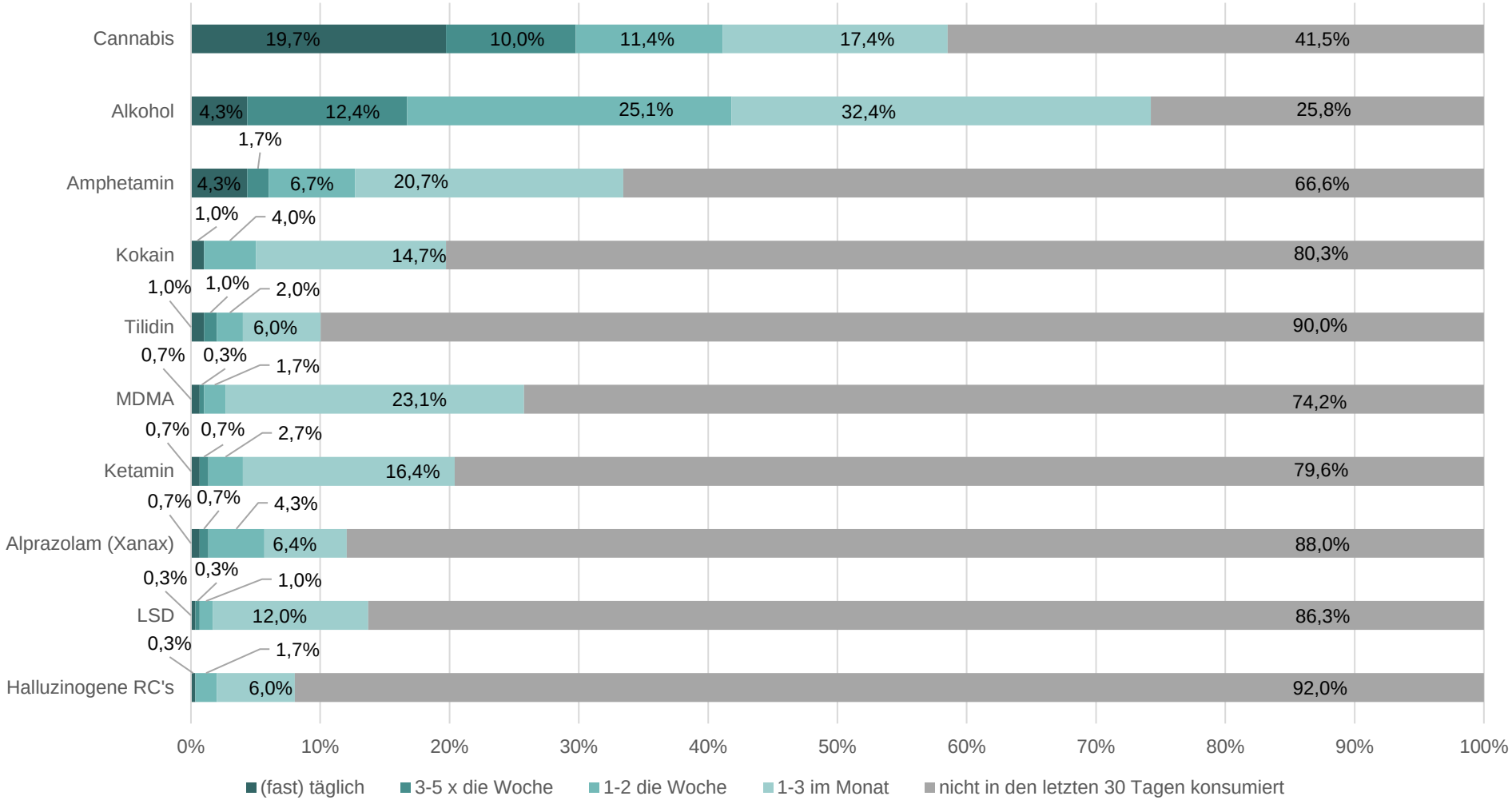


Abbildung 10 Konsumfrequenzen im letzten Monat der zehn Substanzen mit den höchsten 12-Monats-Prävalenzen für die 16- bis 24-Jährigen.

5 ANGABEN ZU DEN BEZUGSQUELLEN

Bei den prinzipiell verschreibungsfähigen Substanzen, d. h., bei THC-haltigen Cannabisprodukten, opioidhaltigen Medikamenten, Benzodiazepinen und anderen Medikamenten konnten die Befragten Angaben zur hauptsächlichen jeweiligen Bezugsquelle (z. B. Freund*innen / Bekannte, Dealer*innen, (Online-)Apotheken etc.) machen, sofern sie zuvor angegeben hatten, diese in den letzten 30 Tagen oder zwölf Monaten konsumiert zu haben. Als wichtigste Bezugsquelle für alle Substanzen wurden Freund*in / Bekannte genannt, gefolgt von Dealer*innen. Für Cannabis machen diese beiden Kategorien zusammen 83,3 % aller Angaben aus. Für die drei Medikamentenkategorien liegt der Wert mit ca. 50 % niedriger, siehe Tabelle 3.

Der Bezug über Apotheken spielt eine Rolle für Medikamente, wobei klassische Apotheken wesentlich häufiger genannt wurden als Online-Apotheken. Fast ein Drittel der Teilnehmenden (29,9 %) gab an, „andere Medikamente“ über Apotheken bzw. Online-Apotheken bezogen zu haben. Für Benzodiazepine lag der Wert bei 18,4 %, für opioidhaltige Medikamente bei 15,0 %. THC-haltige Cannabisprodukte wurden mit 1,8 % kaum über Apotheken bezogen.

Internet-/ Online-Shops bzw. Darknet- und Krypto-Webseiten haben bei den Medikamenten einen Anteil zwischen 10,5 % und 16,3 %, bei Cannabis nur 4,6 %. In der Antwortkategorie „anderes“ konnten Teilnehmende in freien Textfeldern eine Bezugsquelle eingeben. Häufiger wurden hier bei Cannabis Selbstanbau (*n* = 11) sowie Coffee-Shops (*n* = 7) genannt. „Arzt / Ärztin“ war bei den opioidhaltigen Medikamenten (*n* = 6), den Benzodiazepinen (*n* = 6) sowie den anderen Medikamenten (*n* = 3) die häufigste Angabe bei der „anderen Bezugsquelle“.

Tabelle 3 Bezugsquellen der verschreibungsfähigen Medikamente.

	Cannabis	Opioidhaltige Medikamente	Benzodiazepine	Andere Medikamente
Freund*in / Bekannte	264 (53,5 %)	40 (27,2 %)	53 (36,1 %)	21 (31,3 %)
Familie / Partner*in	12 (2,4 %)	6 (4,1 %)	7 (4,8 %)	3 (4,5 %)
Dealer*in	147 (29,8 %)	36 (24,5 %)	27 (18,4 %)	12 (17,9 %)
Apotheke	5 (1,0 %)	21 (14,3 %)	27 (18,4 %)	16 (23,9 %)
Online-Apotheke	4 (0,8 %)	1 (0,7 %)	0 (0,0 %)	4 (6,0 %)
Internet / Online-Shop	10 (2,0 %)	18 (12,2 %)	10 (6,8 %)	1 (1,5 %)
Darknet / Krypto-Website	13 (2,6 %)	6 (4,1 %)	11 (7,5 %)	6 (9,0 %)
Anderes	38 (7,7 %)	19 (12,9 %)	12 (8,2 %)	4 (6,0 %)
Summe	493 (100%)	147 (100%)	147 (100%)	67 (100%)

Die Prozentangaben beziehen sich jeweils auf die Häufigkeiten innerhalb der Substanzen.

6 MISCHKONSUM

Von insgesamt *n* = 723 Befragten, die Angaben zum Substanzkonsum machten, berichteten 67,5 % (*n* = 488) Befragte über Mischkonsum, also dass sie in den letzten zwölf Monaten zwei oder mehr psychoaktive Substanzen gleichzeitig oder kurz hintereinander konsumiert haben (siehe Tabelle 4). Hiernach konnten sie angeben, welche Substanzen sie am häufigsten miteinander kombinierten. Unter den Befragten, die Mischkonsum betrieben, waren *n* = 163 weiblich und *n* = 302 männlich, d. h. 64,4 % der Frauen, die Angaben zum Substanzkonsum gemacht haben, betrieben demnach Mischkonsum; etwas höher lag der Anteil unter den Männern (68,6 %).

Tabelle 4 Anzahl der Teilnehmenden, die Angaben zum Mischkonsum tätigten.

	Angaben zum…		Anteil Mischkonsumenten (in %)
	Substanzkonsum	Mischkonsum	
Insgesamt	723	488	67,5 %
Geschlecht			
weiblich	253	163	64,4 %
männlich	440	302	68,6 %
divers / k. A.	30	23	76,7 %
Altersgruppen			
16-17 Jahre	35	22	62,9 %
18-24 Jahre	264	192	72,7 %
25-39 Jahre	303	210	69,3 %
40-59 Jahre	103	59	57,3 %
60+ Jahre	17	5	29,4 %

Der Altersunterschied zwischen den Konsumierenden, die Mischkonsum betrieben, und denen, die keinen Mischkonsum berichteten, ist dabei gering; während das Medianalter derjenigen mit Mischkonsum 26 Jahre beträgt, liegt dieses bei Befragten, die keinen Mischkonsum betrieben, bei 27 Jahren. Ein genauerer Blick in die Altersgruppen zeigt, dass der Anteil derer, die Mischkonsum angaben, bei den 18- bis 24- sowie den 25- bis 39-Jährigen mit 72,7 % bzw. 69,3 % etwas höher lag als bei der jüngsten Altersgruppe (62,9 %) und bei den 40- bis 59-Jährigen (57,3 %).

Häufigkeit des Mischkonsums. Unter denjenigen, die Mischkonsum berichteten, gaben 35,3 % (bzw. 23,8% aller 723 Befragten) an, dies „seltener als 1-mal pro Monat“ zu tun. 34,5 % der Mischkosnument*innen (bzw. 23,3 % aller Befragten) konsumierten „1- bis 3-mal pro Monat“ zwei oder mehr Substanzen gleichzeitig oder kurz hintereinander. Weitere 14,6 % der Mischkonsument*innen (bzw. 9,8 % aller Befragten) berichteten von „1- bis 2-maligem Mischkonsum pro Woche“ und jeweils 7,8 % (bzw. 5,3 % aller Befragten) gaben an, „3- bis 5-mal pro Woche“ bzw. „(fast) täglich“ Mischkonsum betrieben zu haben.

Substanzkombinationen. Bei der Angabe, welche Substanzen miteinander kominiert wurden, konnten die Befragten im Prinzip eine unbgegrenzte Anzahl an Substanzen angeben (Median und arithemtisches Mittel liegen bei drei Substanzen). Von den insgesamt 488 Personen, die Mischkonsum angaben, berichteten *n* = 222 genau zwei Substanzen gleichzeitig oder kurz hintereinander konsumiert zu haben. Den gleichzeitigen oder kurz aufeinander folgenden Konsum von drei Substanzen gaben *n* = 156 Konsumierende an, vier Substanzen *n* = 63 und fünf Substanzen *n* = 26 Konsumierende. *N* = 21 berichteten schließlich, mehr als fünf

Substanzen gleichzeitig oder kurz hintereinander konsumiert zu haben (das Maximum an angegebenen Substanzen des Mischkonsums betrug zehn Substanzen, was von zwei Befragten berichtet wurde). Insgesamt gaben die 488 Konsumierenden 226 voneinander verschiedene Substanzkombinationen an, von denen 174 von lediglich einer*m einzigen*m Befragten berichtet wurden.

Betrachtet man die häufigsten Substanzkombinationen – hier definiert als mindestens viermal genannte, womit 21 Kombinationen übrig bleiben – zeigt sich, dass dort vornehmlich Substanzen dominieren, die auch in den Gesamtprävalenzen am häufigsten genannt wurden (siehe Tabelle 5). Mit deutlichem Abstand wird mit 72 Nennungen der Mischkonsum von den zwei Substanzen Alkohol und THC-haltigem Cannabis berichtet. Insgesamt dominieren in den in der Tabelle aufgeführten 21 Kombinationen Alkohol (15-mal), Amphetamin (12-mal), THC-haltige Cannabisprodukte (11-mal), MDMA (10-mal) und Kokain (6-mal). Es sind vor allem diese fünf Substanzen, die in unterschiedlichsten Kreuzkombinationen gleichzeitig oder zeitnah miteinander konsumiert wurden.

Tabelle 5 Substanzkombinationen des Mischkonsums mit mehr als drei Nennungen, sortiert nach Häufigkeit.

Substanz 1	**Substanz 2**	**Substanz 3**	**Substanz 4**	**Substanz 5**	***n***
Alkohol	THC-Cannabis				72
Alkohol	THC-Cannabis	Amphetamin			23
Alkohol	Kokain				18
Alkohol	Amphetamin				17
Alkohol	MDMA	Amphetamin			13
MDMA	Amphetamin				10
THC-Cannabis	Amphetamin				9
Alkohol	THC-Cannabis	MDMA	Amphetamin		9
THC-Cannabis	MDMA				8
Alkohol	Amphetamin	Kokain			7
Alkohol	MDMA				6
Alkohol	MDMA	Kokain			6
Alkohol	THC-Cannabis	Kokain			6
Alkohol	THC-Cannabis	CBD-Cannabis			6
THC-Cannabis	MDMA	Amphetamin			6
Alkohol	MDMA	Amphetamin	Ketamin		6
Alkohol	THC-Cannabis	MDMA	Amphetamin	Kokain	5
GHB/GBL/BDO	Cathinone				4
THC-Cannabis	LSD				4
Alkohol	MDMA	Amphetamin	Kokain		4
Alkohol	THC-Cannabis	Amphetamin	Ketamin		4

Betrachtet man die Häufigkeiten der genannten Substanzen unabhängig davon, ob diese mit lediglich einer weiteren Substanz oder mit mehreren Substanzen konsumiert werden, zeigt sich auch dort die Dominanz der fünf genannten Substanzen. Insgesamt berichten *n* = 318 der Konsumierenden (65,2 % der Mischkonsument*innen) Alkohol mit mindestens einer weiteren Substanz konsumiert zu haben. *N* = 266 (54,5 %) gaben an, THC-haltige Canabisprodukte mit mindestens einer weiteren Substanz konsumiert zu haben. Es folgen Amphetamin (40,2 %), MDMA (28,7 %), Kokain (21,1 %), Ketamin (13,7 %), LSD (8,6 %) und GHB/GBL/BDO (6,6 %).

Mischkonsumquote. Schließlich lässt sich anhand der Daten auch eine „Mischkonsumquote" errechnen. Hierbei wird die Anzahl derer, die angeben, Mischkonsum mit einer Substanz betrieben zu haben, durch die Anzahl derer, die die Substanz überhaupt in den zwölf Monaten konsumiert haben, geteilt. Die höchsten Quoten zeigten sich hier für Alkohol (53,9 %), THC-haltige Cannabisprodukte (53,1 %) und Amphetamin (53,0 %). Mit etwas Abstand folgen GHB/GBL/BDP (40,5 %), Substitutionsmittel (40,0 %), Methamphetamin und Cathinone (jeweils 38,0 %), MDMA (37,8 %) und Kokain (35,3 %). Innerhalb der Klasse der Medikamente wies Gabapentin/Pregabalin (Lyrica) mit 35,3 % die höchste Mischkonsumquote auf, gefolgt von Benzodiazepinen (28,0 %) sowie opioidhaltigen Medikamenten (25,9 %).

7 DISKUSSION

Im Zeitraum vom 30. November 2021 bis 30. November 2022 haben wir in Online-Befragungen Daten zum Substanzgebrauch unter Konsumierenden psychoaktiver Stoffe erhoben. Hierbei wurden auch demographische Angaben (Geschlecht, Alter, Wohnsitz) abgefragt. Ergebnisse zum Substanzkonsum getrennt nach diesen demographischen Merkmalen wurden in unseren bisherigen Quartals-Updates bislang noch nicht veröffentlicht, da für feingliedrige Auswertungen Stichprobenumfänge nötig sind, die in einem Quartal in der Regel nicht erreicht werden. Analog erfordern auch Auswertungen zum Mischkonsum oder zu den Bezugsquellen verschreibungsfähiger Medikamente größere Stichproben, da zu diesen Aspekten lediglich Teilmengen aus der Gesamtmenge der Befragten Angaben machen können. Diese Informationen wurden in diesem Bericht erstmals im Rahmen des NEWS-Projekts dargestellt.

Die Stichprobe setzt sich vor allem aus Partygänger*innen zusammen, die noch dazu speziell aufgrund ihres Wissens zu psychoaktiven Substanzen befragt wurden bzw. auf die Bitte reagiert haben, Informationen zum eigenen Konsum und Szenekonsum zu liefern. In diesem Zusammenhang ist die allgemein sehr hohe Ausprägung des Konsums psychoaktiver Substanzen erwartbar. Relevant sind hingegen Unterschiede zwischen den Substanzen bzw. Substanzgruppen. Während der Anteil derer, die in unserer Stichprobe in den vergangenen zwölf Monaten den Konsum von Alkohol angaben, mit 81,7 % minimal niedriger liegt als in der Allgemeinbevölkerung (ca. 84 %; Möckl et al., 2023), liegen die Prävalenzen sämtlicher illegaler Substanzen weit über denen in der Allgemeinbevölkerung. Exemplarisch seien hier Cannabis (69,3 % vs. 8,8 %), Amphetamin (51,2 % vs. 1,4 %), MDMA (51,2 % vs. 1,0 %), Kokain (40,4 % vs. 1,6 %) und LSD (32,2 % vs. 0,6 %) genannt. Ketamin, in unserer Stichprobe mit

30,4 % die immerhin achthäufigst genannte Substanz, wird in Befragungen in der Allgemeinbevölkerung gar nicht erhoben, weshalb hier kein Vergleichswert existiert. Wenngleich die Prävalenzen hoch sind, sind sie doch im Großen und Ganzen vergleichbar mit ähnlichen Befragungen und einer vergleichbaren Zielgruppe unter Substanzkonsumierenden z. B. in der Schweiz (Infodrog, 2022). Größere Unterschiede von ca. zehn Prozentpunkten oder mehr auf Ebene der Einzelsubstanzen gibt es nur bei Amphetamin (51,2 % zu 27 % in der Schweiz) und bei Ketamin (30,4 % zu 21 %). Die Konsumprävalenzen in unserer Stichprobe unterstreichen insgesamt die Einschätzung, dass es sich um eine partyaffine Stichprobe enthält, in der mehr oder weniger typische „Partydrogen“ häufig konsumiert werden.

In der Allgemeinbevölkerung weisen Männer bei legalen wie illegalen Substanzen höhere Konsumprävalenzen auf als Frauen (mit Ausnahme des Medikamentenkonsums). Die nur geringen geschlechtsspezifischen Unterschiede in unserer Stichprobe erscheinen auf den ersten Blick kontraintuitiv und den Ergebnissen aus Befragungen in der Allgemeinbevölkerung zu widersprechen. Auch dies ist am ehesten mit der Stichprobenziehung zu erklären: in unserem Fall wurden gezielt konsumerfahrene Personen rekrutiert, um Aussagen über Konsum und Trends in der Szene treffen zu können. Hier zeigt sich, dass wesentlich mehr Männer als Frauen rekrutiert wurden; dies könnte die typischerweise höheren Prävalenzen des Substanzkonsums von Männern widerspiegeln. Der Fokus von NEWS liegt jedoch nicht auf der Bestimmung von Prävalenzwerten in der Bevölkerung, sondern der Bestimmung der Bedeutung unterschiedlicher Substanzen innerhalb einer aktiv konsumierenden Teilpopulation. Dieser Fokus erklärt die eher gering ausgeprägten Unterschiede im Substanzgebrauch zwischen den teilnehmenden Männern und Frauen.

Regionale Unterschiede konnten ebenfalls nur sehr vereinzelt identifiziert wurden. Lediglich die Prävalenzen von Ketamin und von GHB/GBL/BDO lagen im Osten der Republik statistisch signifikant höher als in den anderen drei Regionen. Ein vertiefter Blick in die Daten zeigt, dass dieser Effekt primär durch erhöhte Prävalenzen in Berlin erklärt werden kann. So liegen die 12-Monats-Prävalenten von sowohl Ketamin als auch GHB/GBL/BDO in Berlin z. T. deutlich höher als in allen anderen Bundesländern. Die Prävalenzen der ostdeutschen Bundesländer ohne Berlin für diese beiden Substanzen sind hingegen vergleichbar mit dem restlichen Bundesgebiet. Das Ausbleiben weiterer signifikanter Unterschiede spricht möglicherwiese für eine regional nicht merklich unterschiedliche Substanzverfügbarkeit und Konsumpräferenz. Dieser Befund unterscheidet sich allerdings erheblich von Befunden aus Abwasseranalysen, die teils große Unterschiede in den Werten zwischen den deutschen Regionen aufzeigen (EMCDDA, 2023). Ein möglicher Grund könnte darin liegen, dass die eher jungen Befragten mit hoher Wahrscheinlichkeit eine hohe Mobilität aufweisen und beispielsweise auf Festivals und anderen Großveranstaltungen im ganzen Bundesgebiet (und darüber hinaus) feiern und konsumieren können. Somit könnten regionale Verfügbarkeit und Präferenzen für sie eine wesentlich geringere Rolle spielen als für andere Konsumszenen.

Beim Vergleich des Konsums der vier Altersklassen wurden mehrere signifikante Unterschiede gefunden. Während Alkohol, Cannabis sowie Medikamente (Benzodiazepine, opioidhaltige Medikamente, Methylphenidat) in den jüngsten Altersgruppen die höchsten Prävalenzen

aufwiesen, verzeichnete Kokain den höchsten Gebrauch in der Gruppe der 25- bis 39-Jährigen. Die auffallend hohen Prävalenzwerte der jüngsten Altersgruppen (16- bis 17- und 18- bis 24-Jährige) und ihre besondere Vulnerabilität veranlassten uns zu einer tiefergehenden Analyse des Substanzgebrauchs der Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Dort bestätigte sich der hohe Substanzkonsum und es zeigten sich gerade bei Cannabis hohe Konsumfrequenzen. So gaben 19,7 % der 16- bis 24-Jährigen in unserer Stichprobe einen (fast) täglichen Konsum von Cannabis an, weitere 10 % einen Konsum von drei- bis fünfmal in der Woche. Bei einem so häufigen Konsum kann nicht mehr von einem „Partykonsum“ am Wochenende ausgegangen werden. Die Risiken für diverse Folgestörungen des Cannabiskonsums sind gerade bei jüngeren, häufig Konsumierenden Personen stark erhöht (für einen Überblick siehe z. B. Hoch et al., 2017).

Für Amphetamin gaben 4,3 % einen fast täglichen Konsum und weitere 1,7 % einen Konsum an drei bis fünf Tagen die Woche an; bei Kokain waren es „nur“ 1,0 % für täglichen Konsum, aber 4,0 % an drei bis fünf Tagen die Woche. Somit konsumieren fünf bis sechs Prozent der jüngeren Befragten diese beiden häufigsten Stimulanzien in einer Frequenz, die deutlich über einen „Wochenend-Konsum“ hinausgeht.

Auch der Medikamentenkonsum ist bei der Altersgruppe der 16- bis 24-Jährigen hoch. 20,0 % der männlichen Befragten und 17,5 % der weiblichen Befragten gaben an, in den letzten 30 Tagen mindestens ein opioidhaltiges Medikament konsumiert zu haben. Der Konsum von Benzodiazepinen ist mit 18,9 % (junge Männer) bzw. 18, 4 % (junge Frauen) ähnlich hoch. Das am häufigsten konsumierte opioidhaltige Medikament ist dabei Tilidin. 1,0 % der Befragten geben einen (fast) täglichen Gebrauch an, weitere 1,0 % einen Konsum drei bis fünf Mal pro Woche. Bei den Benzodiazepinen war Alprazolam das am häufigsten konsumierte Medikament mit Angaben von 0,7 % (fast) täglichem Gebrauch und weiteren 0,7 % drei bis fünf Mal pro Woche. Während diese Werte weit unter denen für Cannabis und Stimulanzienkonsum liegen, sollte aufgrund des hohen Abhängigkeitspotenzials und der aus der Praxis berichteten zunehmenden Verbreitung des Medikamentenkonsums unter jüngeren Personen dennoch weiterhin ein Augenmerk auf das Phänomen gerichtet werden. Hier spielen auch Bezugswege eine Rolle: je nach Medikament beziehen immerhin 15 bis 20 % die Medikamente direkt aus Apotheken. Etwa ein Drittel bezieht sie zudem über Bekannte. Die Zahlen legen eine hohe Verfügbarkeit nahe, die wiederum den Konsum begünstigen kann.

Innerhalb der Gruppe der Jugendlichen und jungen Erwachsenen bestätigte sich zudem der Eindruck, dass die Ähnlichkeiten in den Konsumprävalenzen zwischen den Geschlechtern größer sind als die Unterschiede. Nichtsdestotrotz wiesen die jungen Männer einen nahezu durchgehend höheren Gebrauch auf als junge Frauen. Gleichzeitig deutete sich bei Männern auch eine breitere Vielfalt des Substanzgebrauchs an. So gaben junge Männer an, v. a. Halluzinogene (insbesondere LSD aber auch psilocybinhaltige Pilze) und NPS häufiger in den letzten zwölf Monaten konsumiert zu haben als Frauen. Bei den 30-Tages-Prävalenzen fielen die Geschlechtsunterschiede zwar etwas geringer aus, doch auch hier findet sich die größere Variation bei Männern im Vergleich zu Frauen. Dies kann auf eine höhere Experimentierfreudigkeit unter (jungen) Männern als unter (jungen) Frauen hinweisen und deutet darauf hin,

dass eine gendersensitive Perspektive auch für Maßnahmen im Bereich der Harm Reduction hilfreich sein kann.

Die ebenfalls erstmals veröffentlichten Daten zum Mischkonsum, d. h. dem gleichzeitigen oder kurz nacheinander erfolgenden Konsum zweier oder mehr Substanzen, unterstrich die große Vielfalt innerhalb dieses Phänomens. Knapp 70 % derer, die im vergangenen Jahr mindestens eine psychoaktive Substanz konsumiert haben, gaben auch Mischkonsum an. Von diesen berichtete jeweils ein gutes Drittel der Befragten seltener als einmal pro Monat bzw. 1- bis 3-mal pro Monat zu konsumieren. Das restliche knappe Drittel betrieb mindestens einmal wöchentlich Mischkonsum; immerhin 7,8 % fast täglich. Die gesundheitlichen Risiken von Substanzkonsum sind bei Mischkonsum generell erhöht, wobei sich die spezifischen Risiken je nach Substanzkombination unterscheiden und in vielen Fällen sicher nicht abschließend bekannt sind. Dass Mischkonsum ein komplexes Phänomen ist, unterstreicht die große Vielfalt an angegebenen Substanzkombinationen: allein in unserer Stichprobe wurden über 200 unterschiedlichen Substanzkombinationen berichtet, von denen viele aber nur von einer einzigen Person angegeben wurde. Nichtsdestotrotz zeigte sich, dass es vor allem die Substanzen sind, die ohnehin die höchsten Konsumprävalenzen aufwiesen (Alkohol, Cannabis und verschiedene Stimulanzien), die auch in den unterschiedlichsten Kreuzkombinationen zusammen konsumiert werden. Jeweils etwas mehr als die Hälfte derjenigen, die im vergangenen Jahr den Konsum von Alkohol, THC-Cannabis und/oder Amphetamin angaben, haben diese Substanzen mindestens einmal mit einer oder mehr Substanzen kombiniert. Das Phänomen ist aus der Praxis bekannt und wurde uns in der NEWS-Expert*innenbefragung vielfach berichtet. Die Aufklärung zu Risiken des Mischkonsums stehen bereits seit einiger Zeit im Fokus von Harm Reduction Maßnahmen. Die Daten belegen den Eindruck aus der Praxis und unterstreichen die Wichtigkeit dieser Maßnahmen, die dringend fortgeführt und nach Möglichkeit ausgeweitet werden sollten. Für Beratungskontexte wäre ein vertieftes Verständnis der verschiedenen Motivationen für und Funktionen von Mischkonsum hilfreich. Aus Deutschland sind den Autor*innen hierzu keine aktuellen Arbeiten bekannt, international sind jedoch qualitative Arbeiten publiziert worden (z. B. Hakkarainen et al., 2019). Insgesamt muss die Datenlage zum Phänomen polyvalenter Drogenkonsum aber insgesamt als sehr lückenhaft bewertet werden, der Forschungsbedarf ist hoch.

8 TABELLENSVERZEICHNIS

Tabelle 1 Anzahl der Teilnehmenden nach Geschlecht und Altersgruppen. 4

Tabelle 2 Beschreibung der Stichproben pro Quartal. 5

Tabelle 3 Bezugsquellen der verschreibungsfähigen Medikamente. 18

Tabelle 4 Anzahl der Teilnehmenden, die Angaben zum Mischkonsum tätigten. 19

Tabelle 5 Substanzkombinationen des Mischkonsums mit mehr als drei Nennungen, sortiert nach Häufigkeit. 20

Tabelle 6 12-Monats-Prävalenzen aller erhobenen Substanzen, getrennt nach Quartal, Geschlecht, Altersgruppe und Region. 27

Tabelle 7 30-Tages-Prävalenzen aller erhobenen Substanzen, getrennt nach Quartal, Geschlecht, Altersgruppe und Region. 29

9 ABBILDUNGSVERZEICHIS

Abbildung 1 Anzahl der Teilnehmer*innen nach Bundesland. 4

Abbildung 2 Quartalsübergreifende 12-Monats-Prävalenz des Konsums psychoaktiver Substanzen. 7

Abbildung 3 Quartalsübergreifende 12-Monats-Prävalenzen der Substanzen, die über dem 5 %-Schwellenwert liegen, sowie der drei gebildeten Substanzklassen NPS, Benzodiazepine und opioidhaltige Medikamente. 8

Abbildung 4 12-Monats-Prävalenzen aufgeteilt nach Geschlecht. 9

Abbildung 5 12-Monats-Prävalenzen aufgeteilt nach Altersklassen. 11

Abbildung 6 Anzahl Teilnehmende pro Region 12

Abbildung 7 12-Monats-Prävalenzen aufgeteilt nach den Regionen Nord, Ost, Süd und West. 13

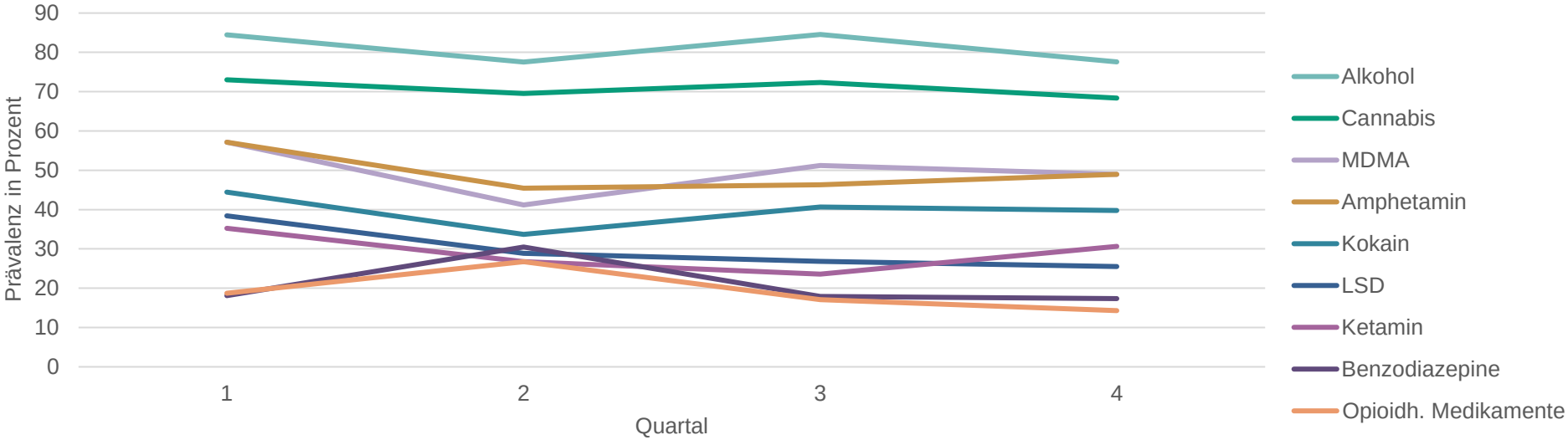
Abbildung 8 12-Monats-Prävalenzen der Jüngeren. 14

Abbildung 9 30-Tages-Prävalenzen der Jüngeren. 15

Abbildung 10 Konsumfrequenzen im letzten Monat der zehn Substanzen mit den höchsten 12-Monats-Prävalenzen für die 16- bis 24-Jährigen. 17

Abbildung 11 12-Monats-Prävalenzen aller erhobenen Substanzen, getrennt nach Quartal. 26

10 ANHANG: TABELLEN UND ABBILDUNGEN



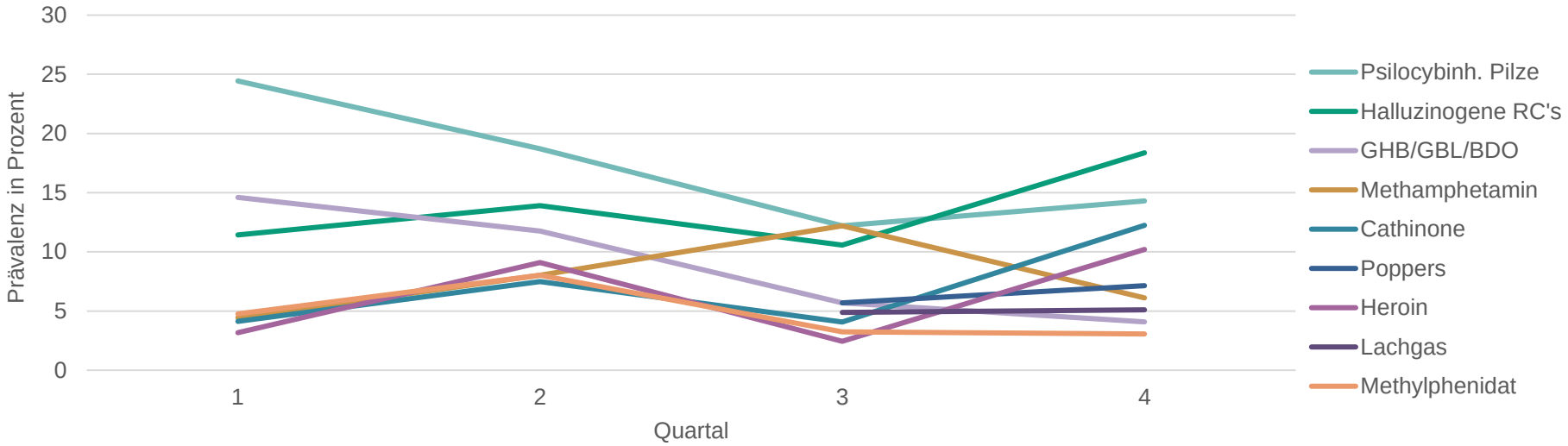


Abbildung 11 12-Monats-Prävalenzen aller erhobenen Substanzen, getrennt nach Quartal.

Tabelle 6 12-Monats-Prävalenzen aller erhobenen Substanzen, getrennt nach Quartal, Geschlecht, Altersgruppe und Region.[9]

Substanz	Insge-samt	Quartal				Geschlecht		Altersgruppe				Region			
		Q1	Q2	Q3	Q4	Weibl.	Männl.	16-17	18-24	25-39	40-59	Nord	Ost	Süd	West
Alkohol	81,7	84,4	77,5	84,6	77,6	83,0	80,0	97,1	90,2	81,9	61,2	74,3	88,5	78,4	82,5
Cannabis	71,4	73,0	69,5	72,4	68,4	68,0	72,5	82,9	80,7	69,6	55,3	70,3	77,1	65,8	72,9
THC-haltiges C.	69,3	71,4	66,8	69,9	66,3	65,6	71,4	82,9	77,7	68,3	52,4	68,3	73,2	65,3	70,1
CBD-haltiges C.	34,7	36,8	33,7	34,1	30,6	31,2	35,5	37,1	46,2	32,3	16,5	41,6	42,1	30,6	29,4
Stimulanzien	67,5	71,4	58,8	71,5	66,3	69,2	66,1	57,1	70,5	71,6	59,2	58,4	74,3	61,7	71,8
Amphetamin	51,2	57,1	45,5	56,3	49,0	58,1	46,4	42,9	52,3	56,8	41,8	45,5	56,8	42,3	57,6
MDMA	51,2	57,1	42,3	51,2	49,0	52,2	50,2	45,7	53,4	53,1	47,6	45,5	53,6	46,9	57,1
Kokain	40,4	44,4	33,7	40,7	39,8	40,7	39,3	20,0	40,9	47,5	29,1	39,6	44,8	38,7	37,9
Methamphetamin	6,9	4,4	8,0	12,2	6,1	4,4	8,6	14,3	9,9	4,3	4,9	3,0	11,5	6,8	4,0
Crack	2,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ketamin	30,4	35,2	26,7	23,6	30,6	29,6	30,0	17,1	39,0	32,0	11,7	26,7	42,6	23,0	28,3
GHB/GBL/BDO	10,9	14,6	11,8	5,7	4,1	8,7	12,3	11,4	10,6	11,2	11,7	7,9	17,5	6,3	9,6
Methylphenidat	5,8	6,0	8,6	3,3	3,1	5,9	5,5	22,9	8,3	3,6	1,0	7,9	2,7	5,0	6,8
Heroin	5,5	3,2	9,1	2,4	10,2	5,1	5,9	8,6	8,3	3,0	4,9	4,0	4,9	4,1	6,2
Opioidh. Medikamente	19,2	18,7	24,6	17,1	13,3	16,6	20,9	31,4	27,7	11,6	15,5	24,8	20,2	18,5	20,9
Tilidin	13,0	14,0	18,2	8,1	6,1	9,5	14,8	22,9	19,3	8,6	6,8	17,8	9,8	12,6	15,3
Codein	7,2	6,4	10,2	8,9	2,0	4,4	8,9	20,0	14,4	2,0	0,0	8,9	6,0	5,0	8,5
Tramadol	6,2	5,4	8,6	7,3	3,1	4,7	7,1	14,3	8,7	4,0	3,9	7,9	6,0	5,9	4,5
Fentanyl	1,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Substitutionsmittel	3,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Halluzinogene	45,5	57,5	43,9	31,7	27,6	38,7	47,7	40,0	52,3	47,5	31,07	50,5	52,5	39,6	43,5
LSD	32,2	38,4	28,9	26,8	25,5	25,3	34,6	28,6	38,6	33,7	17,5	32,7	29,5	32,0	33,3
Psilocybinh. Pilze	19,5	24,4	18,7	12,2	14,3	13,8	21,1	25,7	19,7	22,8	10,7	24,8	21,3	16,2	17,0

[9] Für Substanzen mit einer quartalsübergreifenden Prävalenz von < 5 % werden aufgrund niedriger Fallzahlen keine Prävalenzwerte getrennt nach demographischen Merkmalen ausgegeben.

DMT	6,3	- [10]	- [10]	6,5	6,1	0,0	9,8	6,3	8,0	4,8	8,6	7,7	6,3	6,2	7,8
Salvia Divinorum	4,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ayahuasca	2,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nachtschattendrogen	1,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Meskalin	1,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Benzodiazepine	19,8	17,5	28,3	17,1	14,3	21,3	18,6	28,6	28,4	14,5	8,7	19,8	18,6	16,7	21,5
Alprazolam	10,8	10,5	18,2	5,7	4,1	10,7	10,7	14,3	18,9	5,6	4,9	11,9	12,0	6,8	12,4
Diazepam	9,4	7,6	14,4	8,1	7,1	9,5	9,1	17,1	15,9	5,0	1,9	12,9	9,8	8,1	6,8
Lorazepam	7,9	6,4	14,4	4,9	4,1	10,3	6,6	2,9	12,9	5,9	3,9	9,9	6,6	8,6	6,8
Clonazepam	4,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Oxazepam	2,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bromazepam	1,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Schnüffelstoffe	14,5	16,8	15,0	9,8	12,2	12,3	15,9	14,3	17,8	15,2	5,8	16,8	15,3	11,7	15,8
Poppers	6,3	- [10]	- [10]	5,7	7,1	2,8	8,4	0,0	5,3	8,4	5,7	7,7	8,3	6,2	2,0
Lachgas	5,0	- [10]	- [10]	4,9	5,1	2,8	6,3	6,3	8,0	4,8	0,0	0,0	8,3	4,9	5,9
NPS	22,5	19,4	28,3	17,1	28,6	15,0	27,1	20,0	34,1	18,8	8,7	25,7	19,1	18,9	27,7
Halluzinogene RC	14,3	13,0	16,6	10,6	18,4	9,9	16,6	14,3	22,4	11,6	3,9	14,9	10,9	12,6	18,1
Cathinone	6,9	5,4	8,6	4,1	12,2	4,4	8,4	2,9	12,5	4,0	3,9	4,0	8,2	5,9	6,8
Synth. Cannabinoide	4,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Designer-Benzo.	4,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Synth. Opioide	2,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Andere NPS	2,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gabapentin/Pregabalin	2,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Z-Drugs	1,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

[10] In Quartal 1 und Quartal 2 nicht gesondert erhoben.

Tabelle 7 30-Tages-Prävalenzen aller erhobenen Substanzen, getrennt nach Quartal, Geschlecht, Altersgruppe und Region.[11]

Substanz	Insge-samt	Quartal				Geschlecht		Altersgruppe				Region			
		Q1	Q2	Q3	Q4	Weibl.	Männl.	16-17	18-24	25-39	40-59	Nord	Ost	Süd	West
Alkohol	71,2	73,3	67,9	74,8	66,3	73,9	68,4	82,9	73,1	74,6	57,3	59,4	81,4	69,8	68,9
Cannabis	55,7	57,5	52,4	56,9	55,1	52,6	56,4	74,3	62,9	53,1	43,7	55,5	57,9	53,2	54,2
THC-haltiges C.	52,0	54,6	47,6	52,9	51,0	49,0	53,4	71,4	56,8	50,8	40,8	53,5	53,0	50,5	49,7
CBD-haltiges C.	19,2	20,3	16,0	22,0	18,4	18,2	16,6	8,6	24,6	18,5	13,6	21,8	22,4	19,4	13,0
Stimulanzien	47,9	47,0	58,8	71,5	66,3	51,4	45,5	31,4	50,4	52,5	39,8	41,6	54,6	41,0	50,3
Amphetamin	35,7	38,1	35,3	31,7	33,7	43,1	30,9	22,9	34,9	41,9	28,2	26,7	39,9	29,3	41,8
MDMA	26,3	25,4	24,6	30,1	27,6	26,5	26,4	25,7	25,8	29,4	22,3	20,8	30,6	22,5	27,7
Kokain	22,1	20,6	20,9	25,2	25,5	21,7	22,3	11,4	20,8	27,4	15,5	17,8	21,9	22,5	20,9
Methamphetamin	4,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Crack	1,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ketamin	16,5	16,8	16,6	16,3	15,3	17,4	15,2	5,7	22,4	16,8	5,8	15,8	23,5	9,9	14,7
GHB/GBL/BDO	7,1	9,5	6,4	4,9	3,1	6,3	7,3	0,0	4,9	8,9	9,7	3,0	11,5	4,1	6,8
Methylphenidat	1,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Heroin	2,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Opioidh. Medikamente	13,7	13,0	21,4	8,9	7,1	12,7	13,9	17,1	19,7	7,6	13,6	17,8	13,7	12,2	13,6
Tilidin	6,4	6,4	10,7	3,3	2,0	4,7	6,8	8,6	10,2	2,6	5,8	9,9	4,4	6,8	6,2
Codein	2,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tramadol	2,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fentanyl	1,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Substitutionsmittel	2,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Halluzinogene	16,6	17,5	17,1	18,7	10,2	11,5	18,6	22,9	17,4	17,8	10,7	18,8	14,8	15,3	17,5
LSD	12,3	13,0	13,4	13,8	6,1	8,7	13,6	14,3	13,6	12,9	7,8	13,9	9,8	11,7	13,6
Psilocybinh. Pilze	6,8	6,7	7,0	7,3	6,1	4,0	8,2	11,4	5,3	8,6	4,9	7,9	8,7	5,0	5,7

[11] Für Substanzen mit einer quartalsübergreifenden Prävalenz von < 5 % werden aufgrund niedriger Fallzahlen keine Prävalenzwerte getrennt nach demographischen Merkmalen ausgegeben.

DMT	1,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Salvia Divinorum	0,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ayahuasca	0,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nachtschattendrogen	0,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Meskalin	0,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Benzodiazepine	13,4	10,8	22,5	8,9	10,2	15,4	12,1	17,1	18,9	8,6	10,7	11,9	12,0	12,6	14,1
Alprazolam	6,9	5,7	14,4	2,4	2,0	8,3	6,1	8,6	12,5	2,6	4,9	7,9	7,7	5,0	6,8
Diazepam	4,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lorazepam	4,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Clonazepam	2,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Oxazepam	1,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bromazepam	0,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Schnüffelstoffe	7,8	9,2	7,5	5,7	6,1	5,9	8,9	2,9	9,1	7,9	5,8	7,9	7,7	6,8	9,6
Poppers	3,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lachgas	2,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
NPS	10,8	4,8	17,1	8,1	21,4	5,1	13,9	14,3	17,1	8,3	2,9	13,9	8,7	9,0	11,3
Halluzinogene RC	4,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cathinone	4,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Synth. Cannabinoide	2,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Designer-Benzo.	1,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Synthetische Opioide	0,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Andere NPS	0,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gabapentin/Pregabalin	1,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Z-Drugs	1,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

11 LITERATURVERZEICHNIS

Infodrog - Schweizerische Koordinations- und Fachstelle Sucht (2022). Kiffen, sniffen, spicken & Co. Bericht 2022 - Neue Erkenntnisse aus der Welt der psychoaktiven Substanzen. https://www.infodrog.ch/files/content/nightlife/de/2022_Kiffen_sniffen_spicken_Co_2021.pdf.

Möckl, J., Rauschert, C., Wilms, N., Langenscheidt, S., Kraus, L. & Olderbak, S. (2023). Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2021. Tabellenband: (problematischer) Alkoholkonsum und episodisches Rauschtrinken nach Geschlecht und Alter im Jahr 2021. IFT Institut für Therapieforschung. https://www.esa-survey.de/ergebnisse/kurzberichte.html.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2023). Wastewater analysis and drugs — a European multi-city study. https://www.emcdda.europa.eu/publications/html/pods/waste-water-analysis_en [Letzter Zugriff: 05.04.2023].

Hakkarainen, P., O'Gorman, A., Lamy, F. & Kataja, K. (2019). (Re)conceptualizing "Polydrug Use": Capturing the Complexity of Combining Substances. Contemporary Drug Problems, 46**,** 400-417 DOI: 10.1177/0091450919884739.

Hoch, E., Schneider, M., Friemel, C. M., von Keller, R. & Kabisch, J. (2017). Cannabis: Potential und Risiken. Eine wissenschaftliche Analyse (CaPRis)*,* Bundesministerium für Gesundheit, München.